

C249 – WEL18

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2005-2006

16 mei 2006

# HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN



## INHOUD

Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de plaats van de opleiding tot polyvalent verzorgende in het KB tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige	
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de zorgkundigen	
Vraag om uitleg van de heer Johan Verstreken tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de onzekere positie van de verzorgenden in het kader van de implementatie van het statuut van de zorgkundigen	1
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de oprichting van een onafhankelijke commissie belast met de bepaling, actualisering en voortgangsbepaling van de minimumkwaliteitseisen voor het niet-dringend liggend ziekenvervoer	6
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de wachttijden in de adoptieprocedure	
Vraag om uitleg van de heer Marnic De Meulemeester tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toepassing van de artikelen 21, 22, 23 en 26 van het decreet betreffende de interlandelijke adoptie van kinderen van 15 juli 2005	8
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het weigeren van vaccinaties	11
Vraag om uitleg van de heer Tom Dehaene tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over stimuli voor oppashulp in het kader van de thuiszorg	13
Vraag om uitleg van mevrouw Else De Wachter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het op de markt brengen van alcoholhoudende verleidingsproducten voor kinderen	14
Vraag om uitleg van mevrouw Margriet Hermans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een prioriteitenregel voor het toekennen van een persoonlijke-assistentiebudget (PAB) aan mensen met een snel degeneratieve aandoening	
Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een prioriteitenregel voor het toekennen van een persoonlijke-assistentiebudget (PAB) aan mensen met een snel degeneratieve aandoening	17



**Voorzitter: de heer Luc Martens**

**Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de plaats van de opleiding tot polyvalent verzorgende in het KB tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige**

**Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de zorgkundigen**

**Vraag om uitleg van de heer Johan Verstreken tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de onzekere positie van de verzorgenden in het kader van de implementatie van het statuut van de zorgkundigen**

**De voorzitter:** De heer Caron heeft het woord.

**De heer Bart Caron:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, de opleiding polyvalent verzorgende kwam in de tweede helft van de jaren negentig tot stand, als belangrijke aanvulling in het volwassenonderwijs bij de toen net gefuseerde opleidingen kinderverzorging en gezins- en sanitaire hulp derde graad BSO. Die fusie leidde tot verzorging derde graad BSO, waarin een basisopleiding werd gegeven die niettemin al toegang verschaft tot het beroep van verzorgende in onder meer de intramurale bejaardenzorg. Wie nog een jaartje extra wilde studeren, kon ofwel kinderzorg BSO kiezen, ofwel thuis- en bejaardenzorg BSO, wat behalve het diploma secundair onderwijs ook competenties opleverde in de meer complexe zorgsettings en in de thuiszorg, waar zelfstandig werken belangrijk is.

In een op 12 januari 2006 goedgekeurd KB, tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige, wordt bepaald dat het gaat om mensen die het tweede leerjaar van de derde graad secundair onderwijs – studiegebied personenzorg, in TSO of BSO – met succes hebben gevolgd en daarbovenop geslaagd zijn voor een opleiding tot zorgkundige, gelijkwaardig aan één studiejaar.

In het voltijds secundair onderwijs loste men dat op door in het specialisatiejaar thuis- en bejaardenzorg

die verpleegkundige activiteiten op te nemen die de zorgkundigen onder bepaalde voorwaarden mogen uitvoeren. Dit KB, dat ondertussen in het Staatsblad is gepubliceerd is een verbetering voor de verzorgenden op het terrein omdat ze nu voor een aantal handelingen, die ze weliswaar reeds uitvoerden maar strikt juridisch gezien niet mochten uitvoeren, legitimiteit krijgen. De nieuwe regelgeving lost dit probleem nu op. Onder andere de Vlaamse Federatie van Verzorgenden (VFvV), is blij dat het eindelijk zover is, en dat er een wettelijke bescherming is voor de verzorgende die al jaren dergelijke – illegale – taken, zeker in de residentiële sector, uitvoert.

Hoewel de wijzigingen in het KB een verbetering zijn, zijn met dit KB toch nog niet alle problemen van de baan. Het KB erkent bijvoorbeeld op geen enkele manier de opleiding polyvalent verzorgende. Dat betekent dat personen die het diploma van polyvalent verzorgende hebben behaald, nooit zorgkundige kunnen worden, zoals dat nu in de reglementering is opgenomen. In de Commissie voor Onderwijs heeft een parlementslid daar reeds een vraag over gesteld aan minister Vandenbroucke. De minister antwoordde dat er rond deze materie, vorig jaar in december, reeds een eerste overleg heeft plaatsgevonden tussen verschillende partners waaronder zijn kabinet, het kabinet Demotte en uw kabinet, en dat er bijkomend overleg gepland is op 8 februari.

Tevens is in het KB de thuiszorg, omdat dit een Vlaamse materie is, bewust buiten beschouwing gelaten en is bijgevolg de situatie van de verzorgende in de thuiszorg op Vlaams niveau nog niet geregeld. De verpleegkundige wereld blijft vinden dat er een onwettige uitoefening van de verpleegkunde is, ook in Vlaanderen, als de verzorgende, verzorgende taken uitvoert.

Mevrouw de minister, de toepassing van de KB's betreffende de zorgkundige in de thuiszorg valt onder uw bevoegdheid. Heeft er nieuw overleg plaatsgevonden tussen de in de tekst opgesomde partners? Zo ja, wat is het gevolg van het ontbreken van de term opleiding polyvalent verzorgende in het KB? Wat zijn de toekomstmogelijkheden en/of gevolgen van het nieuwe KB voor mensen die de opleiding polyvalent verzorgende hebben gevolgd en in de welzijnssector werkzaam zijn?

Mevrouw de minister, hoe denkt u de geschetste problemen voor de thuiszorg op te lossen? Bent u bijvoorbeeld van plan om op Vlaams niveau een aanpassing in de decretale regels voor te stellen zodat ook hier de schemerzone voor de verzorgende in de thuiszorg wordt opgelost? Wordt eraan gedacht de verzorgende in de thuiszorg in de toekomst alleen nog maar huishoudelijke taken te laten uitvoeren? Zal de verzorgende component van de polyvalent verzorgende in de thuiszorg, zoals nu reeds het geval is, nog verder worden afgebouwd?

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, ik sluit me aan bij de vraag om uitleg van de heer Caron. Op 3 februari verschenen twee KB's in het Belgisch Staatsblad, allebei van 12 januari 2006, het eerste tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder ze die handelingen mogen stellen, en het tweede tot vaststelling van de nadere regels om te worden geregistreerd als zorgkundige. De federale minister van Volksgezondheid heeft eigenlijk beslist om een nieuw type van hulpverlener in het leven te roepen, namelijk de zorgkundige.

Vrijwel onmiddellijk na het verschijnen van deze twee KB's is discussie ontstaan binnen de sector. Door de verscheidenheid aan hulpverleners, ieder met eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden, dreigt een en ander namelijk onoverzichtelijk te worden. Dat heeft binnen de sector tot onzekerheid geleid. De vraag rees waarom het eigenlijk nodig is om alles op te splitsen in hokjes. Ieder krijgt nu wel bepaalde taken, maar het wordt bijna onwerkbaar als iedereen zich strikt houdt aan de opgelegde taken.

Mevrouw de minister, we weten allemaal dat het de bedoeling is dat de zorgkundige hoofdzakelijk zal werken in de residentiële zorg, dus in ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Ook de sector thuiszorg is er evenwel niet helemaal gerust in en vreest dat de zorgkundige die assistentie mag verlenen aan de verpleegkundige, ook in de thuiszorg zal worden binnengeloodst. Ook in de thuiszorg rijst dus de vraag wie daar wat mag doen.

Mevrouw de minister, het lijkt me zinvol om hierover een debat ten gronde te voeren als we daar eens wat meer tijd voor hebben. In elk geval vreest de sector dat er een uitholling zal komen van de taken van de thuisverzorgende.

Mevrouw de minister, wat is uw standpunt inzake deze beslissing? Heeft hierover inmiddels overleg plaats gehad? Is er eigenlijk overleg geweest over deze twee KB's? Zo ja, welk standpunt hebt u toen verdedigd?

In de KB's wordt gesteld dat de zorgkundige voornamelijk zal werken binnen de residentiële voorzieningen. Bestaat de mogelijkheid – want strikt theoretisch kan dat – dat deze zorgkundigen terechtkomen in de sector thuiszorg? Welke waarborgen hebt u gekregen over de doelgroepbewaking? Op welke wijze wordt erover gewaakt dat de verscheidenheid aan hulpverlening voor de cliënten duidelijk en begrijpbaar blijft?

**De voorzitter:** De heer Verstreken heeft het woord.

**De heer Johan Verstreken:** Mijnheer de voorzitter, mijn vraag om uitleg sluit aan bij die van de twee vorige sprekers. De implementatie van het federale statuut van de zorgkundigen zorgt inderdaad voor onzekerheid bij de Vlaamse verzorgenden en raakt de Vlaamse bevoegdheden. Wie welke handelingen ten aanzien van een zorgbehoevende mens – thuis of in een voorziening – al dan niet kan stellen – eventueel met uitsluiting van andere personen – maakt deel uit van een debat dat menigeen beroert, niet in het minst de professionals uit meerdere beroepsgroepen.

Zoals bekend subsidieert de Vlaamse Gemeenschap, met een toegenomen groeipad, de diensten voor gezinszorg waarbij ongeveer 13.000 verzorgenden met bekwaamheid en toewijding instaan voor deze gezinszorg. Mevrouw de minister, in uw beleidsbrief stelt u rechtszekerheid voor de verzorgenden terecht als een doelstelling voorop. Indien verzorgenden hun takenpakket beperken omwille van de risico's op vervolging wegens overtreding van de federale regelgeving, dan zou de gebruiker daarvan het eerste slachtoffer zijn, stelde u, hierbij impliciet doelend op de vervolging op grond van artikel 38 van het KB nummer 67 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Mevrouw de minister, u bracht in het kader van de interministeriële conferentie, zo bevestigt u in uw beleidsbrief, overleg op gang met de betrokken overheden. Inmiddels werden twee koninklijke besluiten gepubliceerd. Het ene heeft betrekking op de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder zij deze handelingen mogen stellen. Enkele van deze activiteiten zijn de volgende: 'het observeren en sig-

naleren bij de patiënt/resident van verandering op fysisch, psychisch en sociaal vlak binnen de context van de activiteiten van het dagelijks leven (ADL); het bijstaan van de patiënt/resident en zijn omgeving in moeilijke momenten; het verwijderen en heraanbrengen van kousen ter preventie en/of behandeling van veneuze aandoeningen, met uitsluiting van compressietherapie met elastische verbanden; de vocht- en voedseltoediening bij een patiënt/resident langs orale weg helpen verrichten, uitgezonderd bij slikstoornissen en bij sondevoeding; hygiënische verzorging van patiënten/residenten met een disfunctie van de ADL, conform het zorgplan; vervoer van patiënten/residenten, conform het zorgplan.’

Deze handelingen, zo werd ook gesteld door minister Demotte op 14 maart 2006 in de Kamer, zijn ‘verzorgingsactiviteiten’ die onder het bereik van het koninklijk besluit nummer 78 van 10 november 1967 vallen en dus geen ‘hulpactiviteiten’. Over dit onderscheid lijkt in het veld nogal wat discussie te bestaan. Een nog geldende bijlage bij het opgeheven besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 1997 tot regeling van de erkenning en de subsidiëring van de diensten voor gezins- en bejaardenhulp, regelt bovendien het statuut van de verzorgende in de thuiszorg. Ik stel vast dat dit statuut onder meer gewag maakt van persoonsverzorging door de verzorgende. Dit omvat onder meer verzorgende handelingen als intiem toilet; beperkte en elementaire verzorging zoals het verzorgen van huidirritaties en het voorkomen van drukletsels; hygiënische opdrachten zoals het reinigen en ontsmetten van gebruikt materiaal; hulp bij eten en drinken; verzorging bij incontinentie; aanbrengen en verwijderen van een stomazakje; handelingen in verband met signaalfunctie, bijvoorbeeld het meten van de temperatuur; hulp bij het aanbrengen en verwijderen van steunkousen en algemene gezondheidsopvoeding- en voorlichting.

Ik mag dus veronderstellen dat er een spanningsveld is met de handelingen die worden verondersteld voorbehouden te zijn aan beoefenaars van een gezondheidszorgberoep in de zin van het KB van 10 november 1967. Minister Demotte bevestigde in een antwoord op recente vragen van de federale parlementsleden D’Hondt en Goutry dat bepaalde handelingen specifiek vallen onder de gezondheidsberoepen en onder hulp bij het dagelijks leven. Hierbij is het onderscheid tussen hulp en verzorging echter moeilijk te maken, aldus de minister.

In een ander koninklijk besluit van 12 januari 2006 zijn de regels vastgelegd om geregistreerd te worden als zorgkundige. Zorgkundigen mogen als beoefe-

naars van een gezondheidszorgberoep de opgesomde activiteiten enkel uitoefenen wanneer ze aan de verzorgende zijn toevertrouwd door een verpleegkundige. Verpleegkundigen kunnen die ‘delegatie’ op elk moment beëindigen.

Zorgkundigen moeten werken binnen een gestructureerde equipe. De personen die als zorgkundige geregistreerd willen worden, moeten zich richten tot de federale minister van Volksgezondheid. In het koninklijk besluit is ook vastgelegd wie als overgangmaatregel als zorgkundige geregistreerd kan worden. Deze overgangmaatregelen zouden lopen tot eind 2008.

Omdat zorgkundigen moeten werken in een gestructureerde equipe, lijkt dit statuut niet te kunnen gelden in de diensten voor gezinszorg. Doordat er geen ‘upgrading’ van verzorgenden tot zorgkundigen in de diensten voor gezinszorg mogelijk is, lijken bepaalde handelingen onmogelijk te worden die sinds jaar en dag door verzorgenden in de thuiszorg worden gesteld, en waarvan de vraag wordt gesteld of het hulptaken dan wel zorgtaken zijn.

Mevrouw de minister, minister Vandenbroucke verwees onlangs naar u over de toepassing van de koninklijke besluiten betreffende de zorgkundige in de thuiszorg. Mijn vragen aan u vullen de vragen van de vorige sprekers aan. Wat zijn tot op heden de resultaten van het overleg met de federale overheid over de problematiek van de zorgkundigen en verzorgenden? Welke heikele punten maakten reeds het voorwerp uit van overleg? Hebt u over het statuut van de verzorgenden en de zorgkundigen reeds overlegd met onder andere de verzorgenden, de verpleegkundigen en de Vlaamse verenigingen van diensten voor gezinszorg? Aan welke heikele punten werd reeds tegemoetgekomen?

Indien verzorgenden niet als zorgkundigen in de thuiszorg kunnen werken, welke concrete opdrachten kunnen zij dan alsnog vervullen? Waar ziet u mogelijkheden om het statuut van de verzorgende uit de Vlaamse normering te verzoenen met de federale normering? Wat is het meest actuele perspectief qua omschrijving van de opdracht van de verzorgenden in de gezinszorg, dus de thuiszorg, waarvan de tewerkstelling door Vlaamse middelen wordt gesubsidieerd?

**De voorzitter:** Minister Vervotte heeft het woord.

**Minister Inge Vervotte:** We hebben dit onderwerp al eens behandeld. Wat ik gezegd heb in antwoord op

die eerdere vragen, zal ik niet meer herhalen. Dit antwoord is daar veeleer een vervolg op.

In de interministeriële conferentie is afgesproken een interkabinettenwerkgroep op te richten om de functies en de competenties van de gezondheidsberoepen te bepalen. We zouden het overleg daartoe beperken. In deze werkgroep zitten zowel medewerkers van het kabinet van minister Demotte als van de kabinetten van de gemeenschappen en de gewesten die bevoegd zijn voor volksgezondheid of onderwijs. Op 8 februari werd een vergadering gehouden, waarin onder andere het onderwerp opleiding van zorgkundigen aan bod is gekomen.

Het klopt dat de opleiding tot polyvalent verzorgende niet letterlijk vermeld wordt in het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige. Wel is artikel 2,2 punt b van het koninklijk besluit voor ons van belang. Dat bepaalt dat er zowel in het volwassenenonderwijs als onder de vorm van een beroepsopleiding een opleiding tot zorgkundige kan worden georganiseerd. Daarbij is ook vermeld dat die opleidingen vergelijkbaar moeten zijn met en gelijkgesteld moeten zijn aan de eenjarige opleiding tot zorgkundige in het voltijds secundair onderwijs onder de vorm van een derde specialisatiejaar van de derde graad. Bovendien moet het een opleiding zijn die aanvullend is bij elders verworven competenties. Dat is niet onbelangrijk.

Het belangrijkste element van dit artikel is dat het de bevoegde instanties zijn die de opleiding moeten gelijkstellen met de eenjarige opleiding tot zorgkundige die in het voltijds secundair onderwijs al wordt georganiseerd. Daarover hebben we contact gehad met minister Vandenbroucke. We zijn van mening dat zowel de opleidingscentra voor polyvalent verzorgenden, waarvoor ik bevoegd ben, als de centra voor volwassenenonderwijs, die onder de bevoegdheid van minister Vandenbroucke vallen, de kans moeten krijgen om aansluitend bij hun bestaande opleiding tot polyvalent verzorgende een bijkomende module tot zorgkundige te organiseren. Dat maakt ook een doorstroming mogelijk.

Wie op dit ogenblik al beschikt over een certificaat of een bekwaamheidsattest van polyvalent verzorgende en als lid van het verzorgingspersoneel in een verzorgingsinstelling, bijvoorbeeld een rusthuis of ziekenhuis, tewerkgesteld is, kan zich zonder bijkomende opleiding laten registreren als zorgkundige,

en dit inderdaad omdat hij in een gestructureerde equipe werkt. Deze overgangsmaatregel is namelijk opgenomen in het besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige. Degenen die op dit ogenblik niet werken in een gestructureerde equipe, zoals in een rusthuis of een ziekenhuis, bijvoorbeeld in een dienst voor gezinszorg, zullen dus eerst de module tot zorgkundige in een opleidingscentrum of een centrum voor volwassenenonderwijs moeten volgen. Daarna kunnen ook zij zich als zorgkundige laten registreren.

In verband met de thuiszorg, ben ik van mening dat moet worden gestreefd naar een verdere continuïteit van de zorgverlening door de verpleegkundigen en daarnaast door de verzorgenden van de diensten voor gezinszorg. Onze verzorgenden hebben immers een heel belangrijke taak. In de thuiszorg zijn met andere woorden verschillende zorgactoren actief, elk met hun eigen bevoegdheden en beperkingen. Ze moeten dan ook samenwerken en onderling afspraken maken met het oog op de kwaliteit van de zorgverlening en in het belang van de gebruiker.

We hebben juridisch laten onderzoeken op welke wijze we rechtszekerheid kunnen garanderen voor verzorgenden die tewerkgesteld zijn in een dienst voor gezinszorg en verzorgende taken uitvoeren die worden opgesomd in het Vlaams statuut van de verzorgende in de thuiszorg. Intussen zijn we met een werkgroep samengekomen om het statuut van de verzorgenden in de thuiszorg te actualiseren.

Vanuit juridisch oogpunt valt de thuiszorg onder de recente KB's. Het probleem van de rechtsonzekerheid voor de verzorgenden ontstaat echter niet door de voornoemde KB's, dit probleem was juridisch reeds aan de orde toen KB nummer 78 betreffende de gezondheidszorgberoepen van kracht werd.

Daarnaast heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid op mijn initiatief een technische subwerkgroep opgericht waar de federale overheid en de overheden van de verschillende gemeenschappen en gewesten aan deelnemen. Onze raadgever zit die technische werkgroep voor. De bedoeling is om een consensus te bereiken over de definiëring van medische en niet-medische zorgtaken tegen eind 2006.

Wat het KB van 12 januari 2006 betreft, is bij de Raad van State een verzoekschrift tot nietigverklaring ingediend op grond van twee elementen, name-



lijk schending van de bevoegdheidsverdelende regels en schending van het gelijkheidsbeginsel.

Ik denk er helemaal niet aan om het takenpakket van een verzorgende in de thuiszorg af te bouwen en te beperken tot huishoudelijke taken. Ik wil er net alles aan doen om een uitholling van dit beroep te vermijden. We willen de thuiszorg versterken. Deze dienst betekent een enorme meerwaarde in mijn beleid om de mensen zo lang mogelijk thuis te laten blijven.

De functieomschrijving van een verzorgende in het Vlaamse statuut van de verzorgende in de thuiszorg is gebaseerd op vier pijlers: persoonsverzorging, huishoudelijke hulpverlening, algemene psychosociale ondersteuning en algemene pedagogische ondersteuning.

Het hulp- en dienstverleningsaanbod van de diensten voor gezinszorg richt zich op het volledige zorggebeuren. Terwijl bij verpleegkundige zorg het gezondheidsaspect centraal staat, richt de verzorgende in de thuiszorg zich op een totaalpakket van zorgtaken. Belangrijk is dat de verzorgenden zelfstandig kunnen blijven werken. Het model van een zorgkundige, waarbij het werken in een gestructureerde ploeg en het permanente toezicht van een verpleegkundige vereist zijn, is niet implementeerbaar en organiseerbaar in de thuiszorg.

Ook over de relatie tussen de verzorgende en zorgkundige heb ik al meermaals overleg gepleegd met federaal minister Demotte. Dit onderwerp is tijdens verschillende vergaderingen van de interministeriële conferentie Volksgezondheid ter sprake gebracht. De interministeriële conferentie is het erover eens dat een afbakening van medische en niet-medische zorgtaken nodig is. De taken van de zorgkundige en van de verzorgende in de thuiszorg moeten dus worden uitgeklaard. Bepaalde taken behoren specifiek tot de gezondheidsberoepen, terwijl andere activiteiten behoren tot het dagdagelijkse leven.

Tijdens de vergadering van 12 december 2005 werd benadrukt dat het belangrijk is om in overleg tussen de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten een voorstel uit te werken over de niet-medische zorg die door professionele en informele hulpverleners verleend wordt om hulpbehoevenden te ondersteunen bij de activiteiten van het dagelijkse leven.

Het engagement van onder meer de federale minister van Volksgezondheid binnen de interministeriële conferentie om de medische en niet-medische zorgta-

ken uit te klaren, impliceert een bereidheid om binnen de thuiszorg het beroep van verzorgende zoals dit vandaag bestaat, voort te zetten. Ik heb in die zin ook al een standpunt bezorgd aan minister Demotte. Daarin geef ik aan dat het gezondheidszorgberoep zorgkundige volgens mij niet implementeerbaar is in de thuiszorg. Verder vraag ik volledige duidelijkheid over zijn standpunt.

Ik ben het ermee eens dat er een grote verscheidenheid bestaat binnen het hulpverleningsaanbod. Het is belangrijk dat mensen goed geïnformeerd worden over dit aanbod. Er worden veel inspanningen gedaan om zorgbehoevenden die thuis willen blijven wonen, te informeren over het bestaande hulpverleningsaanbod. Daarbij wordt getracht informatie te verlenen op maat van de zorgbehoevende. Los van de vele inspanningen op het vlak van het informatiebeleid, vind ik het ook vanuit het perspectief van de gebruiker en de transparantie van de zorgverlener niet aangewezen om een bijkomende beroepsgroep van zorgkundige te implementeren in de thuiszorg.

**De voorzitter:** De heer Caron heeft het woord.

**De heer Bart Caron:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Uw aanpak beantwoordt aan onze verwachtingen. Ik hoop dat die kan worden voortgezet.

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mevrouw de minister, uw antwoord is alvast een geruststelling voor de thuiszorgsector.

We zijn ons er allemaal van bewust dat het een ingewikkeld dossier is. U vertelde dat de resultaten tegen eind 2006 bekend zullen zijn. Het dossier zal hier zeker nog aan bod komen.

Hoe zit het met de Raad van State? Hebt u enig zicht op de stand van de procedure?

**Minister Inge Vervotte:** Het verzoekschrift werd op 30 april ingediend.

**Mevrouw Marijke Dillen:** We zullen de zaak zeker opvolgen.

**De voorzitter:** De heer Verstreken heeft het woord.

**De heer Johan Verstreken:** Mevrouw de minister, ik wil u danken voor de ondersteuning van de thuis-

zorg. Het is goed dat er geen sprake van is het sta-  
tuut uit te hollen. Het zal de mensen op het werkveld  
deugd doen om dat te vernemen.

Wat bedoelt u precies met de decretale bepaling?  
Hoe moeten we de taakomschrijving bekijken? Die  
zal immers verre van eenvoudig zijn. Zal de decretale  
bepaling boven het KB staan? Wat gebeurt er met de  
afbakening van de taken? Zijn bijvoorbeeld steun-  
kousen medisch? Waaronder valt het wassen van  
mensen? Die zaken zijn belangrijk om weten voor de  
betrokkenen.

U vertelde dat niet-medische taken op Vlaams vlak  
zullen worden verankerd. Hoe zit dat juist? Kan wat  
u vertelde nog wat verfijnd worden?

**Minister Inge Vervotte:** Ik zal te gepasten tijde  
natuurlijk de nodige contacten leggen. Uit het juri-  
disch advies blijkt dat het goed zou zijn om een  
decretale verankering te geven aan de niet-medische  
zorgtaken, en daarom is de werkgroep er. We kun-  
nen die zaken moeilijk alleen vastleggen en daarom  
overleggen we met de sector. Er wordt bekeken welke  
taken zullen worden vastgelegd. De vraag is natu-  
urlijk welke vorm het decreet moet krijgen, maar daar-  
over werd nog geen beslissing genomen.

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borght heeft het  
woord.

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Mevrouw de minister,  
ik heb uit uw antwoord begrepen dat er een voorstel  
zal komen waardoor verzorgenden, mits een jaar bij-  
komende opleiding, zorgkundigen kunnen worden.  
Is het de bedoeling dat er ook een verschil komt in de  
verloning van een verzorgende en een zorgkundige?

**Minister Inge Vervotte:** Er komt inderdaad een ver-  
schillende verloning.

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Een verschillende ver-  
loning wil dus zeggen dat er een bijkomende kost zal  
ontstaan voor de instellingen die werken met zorg-  
kundigen. (*Opmerkingen van minister Inge Vervotte*)

Het is dus een keuze, geen verplichting.

**Minister Inge Vervotte:** Dat wordt federaal geregeld,  
maar ik weet niet welke plannen minister Demotte  
heeft.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

**Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot  
mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn,  
Volksgezondheid en Gezin, over de oprichting van een  
onafhankelijke commissie belast met de bepaling, actu-  
aliserings en voortgangsbepaling van de minimumkwaliteits-  
eisen voor het niet-dringend liggend ziekenvervoer**

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzit-  
ter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over een  
besluit van de Vlaamse Regering van 17 maart 2006  
dat verscheen in het Belgisch Staatsblad van 6 april.  
Het besluit heeft een heel lange titel en ik hoop dat  
u mij van de voorlezing ervan ontslaat. Het is een  
besluit in toepassing van een vrij oud decreet: het  
decreet van 30 april 2004 betreffende het niet-drin-  
gend liggend ziekenvervoer.

**De voorzitter:** Mevrouw Van Cleuvenbergen is daar  
nog mee bezig geweest.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, tij-  
dens de vorige legislatuur hebben we daarover heel  
uitvoerige hoorzittingen en lange debatten gehouden.  
Het was inderdaad een van de stokpaardjes van uw  
partij.

Nu wordt een onafhankelijke commissie belast met  
de uitvoering van het decreet. Het besluit van 17  
maart bepaalt dat de commissie bestaat uit zes ver-  
schillende doelgroepen: een vertegenwoordiger per  
ziekenfonds, een vertegenwoordiger per dienst die op  
jaarbasis 50.000 ritten uitvoert, een vertegenwoordi-  
ger van het patiëntenplatform, een vertegenwoordiger  
van het huisartsenparlement, een vertegenwoordiger  
per koepelorganisatie van ziekenhuizen en een verte-  
genwoordiger van Test-Aankoop. Dat laatste vind ik  
nogal opmerkelijk, maar u zult er wel een uitleg voor  
hebben.

Om aan de voorwaarde van 50.000 ritten per jaar te  
voldoen, mogen verschillende diensten zich groeperen  
en een vertegenwoordiger aanwijzen. Het vastleggen  
van 50.000 ritten per jaar is vrij merkwaardig, want  
meer dan een jaar geleden, op 7 maart 2005, vond  
overleg plaats tussen de administratie Gezondheids-  
zorg en de verschillende ambulancediensten. Toen  
waren het Rode Kruis, Het Vlaamse Kruis, Ambuce,  
de Unie der Belgische Ambulancediensten Triac en  
de Ambulancegroep Limburg aanwezig.

Uit het verslag van het overleg kunnen we aflei-  
den dat de sector van de ambulancediensten zich  
nogal sceptisch opstelde tegenover het overleg en  
het bestaande decreet. Volgens deze mensen was dit

niet werkbaar. Ze waren voorstander van een meer afdwingbaar decreet. Uiteindelijk heeft de werkgroep tijdens het overleg toch beslist om de onafhankelijke commissie al op te richten. In het verslag staat evenwel duidelijk te lezen dat het hier om een eerste stap ging, bedoeld om de ideeën van de andere actoren naar voren te brengen en om na te gaan of tussen de verschillende actoren een consensus kon ontstaan om een meer afdwingbaar decreet op te stellen. Dit laatste punt zal binnen afzienbare tijd ongetwijfeld stof tot discussie in deze commissie vormen.

Ondanks de kritiek hebben de verschillende ambulancediensten vanuit een positieve ingesteldheid gewerkt. Over de toelatingscriteria voor de uitbaters is een consensus ontstaan. Ik vind het alvast niet onbelangrijk te benadrukken dat het hier om een eensgezind standpunt gaat. Vanaf 25.000 ritten per jaar kan een uitbater deelnemen. Indien kleine uitbaters een vertegenwoordiger willen afvaardigen, moeten ze zich verzamelen tot ze aan het vereiste aantal ritten per jaar komen.

In haar besluit van 17 maart 2006 heeft de minister geen rekening gehouden met de resultaten van dit overleg. De middelgrote vervoerders hebben hier dan ook duidelijke kritiek op gegeven. Zij vrezen dat hun inbreng zwaar wordt gehypothekeerd door het besluit. De middelgrote vervoerders kunnen een aantal zeer specifieke problemen niet met de privé-ziekenvoerders of met de grote verenigingen delen. Ondanks hun behoorlijke inbreng in het ziekenvervoer riskeren de middelgrote vervoerders door het besluit uit de boot te vallen. Ze zullen onvoldoende de gelegenheid krijgen om bepaalde problematieken in de commissie aan te kaarten en een bijdrage tot de verbetering van de kwaliteit van het ziekenvervoer te leveren.

Mevrouw de minister, kunt u toelichten op basis van welke criteria de Vlaamse Regering heeft beslist om de resultaten van het overleg tussen de administratie Gezondheidszorg en de ambulancediensten niet toe te passen? Hoewel deze resultaten in consensus tot stand zijn gekomen, heeft de Vlaamse Regering besloten de minimumnorm van 25.000 ritten per jaar tot 50.000 ritten per jaar op te trekken. Het bedoelde overleg heeft op 7 maart 2005 plaatsgevonden. Heeft inmiddels nog overleg plaatsgevonden om de verdubbeling van het minimumaantal ritten te rechtvaardigen? De vertegenwoordiger van de ziekenvervoersector, die in verband met dit dossier een partner met een grote verantwoordelijkheid is, krijgt

minder afgevaardigden dan de vertegenwoordigers van de andere actoren. Ik verwijs in dit verband onder meer naar de ziekenfondsen. Dit maakt een evenwichtige inbreng onmogelijk. Welke criteria hebt u gehanteerd om deze verdeling te motiveren? Hebt u, nadat u van de klachten van de vertegenwoordigers van de ambulancediensten op de hoogte bent gebracht, initiatieven genomen om tot een nieuw overleg te komen? U zou hiervoor de administratie Gezondheidszorg kunnen inschakelen. Op die manier zou overleg over een wijziging van de vastgelegde criteria kunnen worden gevoerd.

**De voorzitter:** De heer Caron heeft het woord.

**De heer Bart Caron:** Mijnheer de voorzitter, ik heb een mail van het Vlaams Kruis gekregen. Het Vlaams Kruis vindt dat het door deze criteria van het overleg wordt uitgesloten. Ik wil de minister dan ook vragen het palet van het overleg zo pluriform mogelijk te houden. Dit is eigenlijk ook een beetje de achtergrond van de vraag om uitleg van mevrouw Dillen. We moeten zoveel mogelijk rekening houden met de realiteit in Vlaanderen. Ik neem aan dat er voor het overige geen bijbedoelingen schuilen achter de beslissing van de minister over de samenstelling. Ik deel enkel de zorg van een kleinere organisatie.

**De voorzitter:** Minister Vervotte heeft het woord.

**Minister Inge Vervotte:** Eigenlijk gaat het hier om een eenvoudige argumentatie. De overstap van 25.000 ritten per jaar naar 50.000 ritten per jaar is omwille van praktische argumenten doorgevoerd. Het gaat hier eenvoudigweg om de werkbaarheid van het overleg.

Indien we voortwerken met vertegenwoordigers van alle ambulancediensten die 25.000 ritten per jaar uitvoeren, zou het aantal leden van de commissie te groot worden. Dit zou de werkbaarheid van de commissie ondermijnen. Indien we het aantal ritten niet optrekken, zou de commissie uit een veertigtal leden bestaan. Door de minimumnorm tot 50.000 ritten per jaar op te trekken, willen we tot een commissie met ongeveer twintig leden komen. Dit lijkt ons werkbaarder.

Ik hoop dat de sector gebruik zal maken van de regeling om door middel van bundeling het recht op een vertegenwoordiger te verkrijgen. Deze regeling is getroffen voor kleine organisaties die samen het minimumaantal van 50.000 ritten per jaar halen. Kleinere organisaties kunnen de krachten bundelen

om een vertegenwoordiger te kunnen afvaardigen. Op die manier bieden we hen een mogelijkheid om alsnog aan het overleg deel te nemen.

We hebben een evenwicht gezocht tussen de werkbaarheid en de openheid. De commissie telt nu al een twintigtal leden. We vinden het echter belangrijk de nodige openheid te bewaren. Organisaties die samen 50.000 ritten per jaar uitvoeren, kunnen samen een vertegenwoordiger sturen.

De stelling dat de vertegenwoordigers van de ambulancediensten ondervertegenwoordigd zullen zijn, lijkt me niet juist. Aan het overleg zullen tien vertegenwoordigers deelnemen die niet aan een ambulancedienst verbonden zijn. Het gaat om vijf vertegenwoordigers van de mutualiteiten, één vertegenwoordiger van Test-Aankoop, één vertegenwoordiger van het patiëntenplatform, één vertegenwoordiger van het huisartsenparlement en twee vertegenwoordigers van de koepelorganisaties. De aanwezigheid van Test-Aankoop kan gemakkelijk worden verklaard. Deze vereniging voor gebruikers heeft een belangrijk marktonderzoek verricht en heeft op deze manier heel wat kennis en expertise opgebouwd.

De andere leden van de commissie zullen dus vertegenwoordigers van de ambulancediensten zijn. Als zij gebruik maken van de mogelijkheid om een vertegenwoordiger af te vaardigen door zich te bundelen, dan zullen ze zeker en vast een meerderheid hebben.

Er is geen verder overleg gepland. We hebben die beslissing genomen, op basis van wat wij denken dat haalbaar en werkbaar is, terwijl tegelijk de mogelijkheid van bijkomende vertegenwoordigers wordt opengelaten

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb er begrip voor dat dit aantal ritten is opgetrokken tot 50.000. Ik wil best geloven dat het weinig werkbaar is met veertig mensen rond de tafel te moeten zitten in een dossier waarin een belangrijke partner al zeer sceptisch blijkt te staan tegenover een aantal aspecten.

Er was echter een consensus bereikt tijdens het overleg, waarop uw administratie vertegenwoordigd was. Die werd toen unaniem gesteund. Toen was toch geweten dat dit eigenlijk niet werkbaar zou zijn?

Waarom werd toen die opmerking niet gemaakt, zodat men tijdens dat overleg zelf tot een ander getal had kunnen komen? Misschien was dat dan een getal geweest dat het midden had gehouden tussen de beide genoemde: dat laat ik in het midden.

Tijdens dat overleg is echter de indruk gewekt dat het getal van 25.000 ritten vastlag. Naderhand werd dit cijfer gewoon verdubbeld. Dat betreurt ik. Het ware beter geweest indien de administratie Volksgezondheid toen al heel duidelijk had gezegd dat 25.000 ritten per jaar te weinig was, en dat er sprake zou moeten zijn van een hoger getal. Dan waren er geen verwachtingen gewekt bij bepaalde groepen.

**Minister Inge Vervotte:** Toen is blijkbaar het aantal mensen dat rond de tafel zou zitten, onderschat. Daarom hebben wij dat naderhand opnieuw bekeken, omdat we graag de draagwijdte kennen van onze beslissingen. We hebben toen gezien dat deze commissie zeer uitgebreid zou worden.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de wachttijden in de adoptieprocedure**

**Vraag om uitleg van de heer Marnic De Meulemeester tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toepassing van de artikelen 21, 22, 23 en 26 van het decreet betreffende de interlandelijke adoptie van kinderen van 15 juli 2005**

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dit probleem kwam op 19 april jongstleden al ter sprake tijdens de plenaire vergadering. We weten allemaal dat de nieuwe adoptieprocedure, die nu een ruim half jaar van kracht is, een aantal moeilijkheden met zich meebrengt. De kandidaat-adoptieouders moeten immers eerst toestemming krijgen van de jeugdrechtbank, waardoor de wachttijden aanzienlijk zijn gestegen.

De Centra voor Algemeen Welzijnswerk hebben een belangrijke verantwoordelijkheid. Daarmee bedoel

ik dat daar een van de oorzaken ligt van het ontstaan van de wachtlijsten, maar niet dat zij de schuldige zijn.

Tussen de eerste en de tweede verschijning voor de jeugdrechter moet een van de vijf Vlaamse CAW's een maatschappelijk onderzoek verrichten. U hebt uitvoerig geantwoord op de vragen over heel deze procedure, ik zal er niet op terugkomen. Het gevolg ervan is alleszins dat, hoewel wordt bepaald dat het verslag binnen de twee maanden moet worden opgesteld, dat in de praktijk vrij moeilijk haalbaar is, waardoor er wachtlijsten ontstaan.

Dit is niet alleen een probleem van wachtlijsten bij de CAW's. We hebben ook vernomen dat er vertragingen optreden bij het Openbaar Ministerie, dat een verslag moet opstellen voor het land van herkomst. Ook daar zouden er vrij aanzienlijke wachttijden zijn. Pas na dat laatste verslag kunnen kandidaat-adoptieouders zich melden bij de adoptiediensten, waar, zo werd me meegedeeld, er ook al wachtlijsten zijn. Volgens Kind en Gezin zouden dagelijks klachten binnenkomen.

Mevrouw de minister, ik weet dat u op de hoogte bent van de problematiek van de wachtlijsten. Ik heb ondertussen uit uw antwoord op een actuele vraag opgemaakt dat u een aantal initiatieven hebt genomen om de wachttijden in te korten. Er zouden personeelsleden bijkomen, en er zou ook sprake zijn van bijkomende financiering. Kunt u een stand van zaken geven? Ik weet niet of u vandaag die concrete cijfers hebt. Zo niet, dan mag u ze uiteraard naderhand bezorgen.

Kunt u me een overzicht geven van de diverse vertragingen? Dat er vertragingen zijn bij het Openbaar Ministerie is uiteraard niet uw verantwoordelijkheid. De federale minister van Justitie is hiervoor bevoegd en verantwoordelijk. Hebt u wat dit betreft ook al overlegd met de minister van Justitie? Zo ja, wat zijn de resultaten? Ik weet dat de parketten overbelast zijn. Als dit niet prioritair wordt behandeld, dan zullen deze dossiers blijven aanslepen en zullen de wachttijden nog langer worden. Dat moeten we te allen prijze vermijden.

**De voorzitter:** De heer De Meulemeester heeft het woord.

**De heer Marnic De Meulemeester:** Op 9 maart 2005 stelde ik de minister een aantal schriftelijke vragen

over de uitwerking van de regeling uit het toenmalige decreet betreffende de interlandelijke en binnenlandse adoptie. Het ging om de oprichting van trefgroepen voor geadopteerden en adoptanten, de oprichting van het Steunpunt Nazorg Adoptie en de uitwerking van het inzagerecht van geadopteerden van hun dossiers.

De minister antwoordde toen op alle vragen samen dat zij al deze regelingen zou opnemen in het nieuwe decreet dat toen in voorbereiding was. Het decreet betreffende de interlandelijke adoptie van kinderen werd inderdaad op 14 juli 2005 goedgekeurd. Van enige praktische regeling was echter geen sprake aangezien de tekst van dit decreet op het gebied van deze regelingen weinig verschilde van de tekst van het decreet van 2004. Het werd wachten op het besluit van de Vlaamse Regering betreffende de interlandelijke adoptie van 23 september 2005. Artikel 89 van dit besluit stelt echter dat de oprichting van het Steunpunt Nazorg Adoptie pas zal gebeuren op 1 januari 2007. De regeling tot oprichting van de trefgroepen voor geadopteerden en adoptanten, evenals de uitwerking van het inzagerecht van geadopteerden in hun dossiers, zouden echter een feit zijn voor 1 januari 2006.

Het is intussen al mei, en van enige uitwerking van de laatste drie decreetartikelen in een besluit is nog altijd niets te merken. Daarenboven zou het aanbevelenswaardig zijn om de oprichting van het Steunpunt Nazorg Adoptie te versnellen daar een dergelijk steunpunt goede diensten zou kunnen leveren als de trefgroepen worden opgericht of de bestaande trefgroepen zich moeten aanpassen aan een eventuele nieuwe regelgeving.

Hoever staat het met de uitwerking van de artikelen 22, 23 en 26 van het decreet betreffende de interlandelijke adoptie van kinderen? Wanneer mag een besluit hierover van de regering worden verwacht aangezien er al een besluit had moeten zijn op 1 januari 2006? Hoever staat het met de oprichting van het Steunpunt Nazorg Adoptie volgens artikel 21 van hetzelfde decreet, aangezien dit orgaan nu al goede diensten zou kunnen bewijzen?

**De voorzitter:** De heer Caron heeft het woord.

**De heer Bart Caron:** Ik sluit mij aan bij de vragen. Als de procedure niet goed loopt, is het Vlaamse niveau het beste instrument dat kan worden ingezet. Als dat niet lukt, is dat een spijtige zaak.

Ik hoop dat er gauw een oplossing komt, zodat aan deze droevige saga die nu al 15 à 20 jaar loopt, maar waarvoor u noch uw voorgangers verantwoordelijk zijn, een einde komt. Ik hoop dat het Vlaamse niveau op geen enkele manier een bijdrage levert tot deze vertraging.

We hebben nu een betere procedure die meer rechtzekerheid biedt en ook veel duidelijker is, maar de bugs moeten er wel nog worden uitgehaald.

**De voorzitter:** Mevrouw De Wachter heeft het woord.

**Mevrouw Else De Wachter:** Ik sluit mij aan bij de vorige spreker inzake de wachttijden.

Ik heb nog een bedenking. Voor de adoptieouders is er een voorbereidingsfase van drie jaar, dat is dus langer dan de twee jaar die men vroeger aangaf. Speelt men nu al in op deze vertraging? Of is men van oordeel dat dit een realistische termijn is?

Er zou ook een probleem zijn bij het maatschappelijk onderzoek, maar dat euvel zou gedeeltelijk zijn opgevangen omdat de dossiers nu meer over de verschillende regio's worden verdeeld. Deze fase van de adoptie zou nu dus wat sneller moeten verlopen.

De kandidaat-adoptieouders zijn wel tevreden met de verbetering van de procedure. De rechtzekerheid speelt een grote rol. Een langere periode inbouwen voor het maatschappelijk onderzoek, de vonnissen van de jeugdrechter en de procedure die men nog moet doorlopen na inschrijving bij een adoptiedienst, is dus een tegenstrijdig signaal.

Ik hoor mensen zeggen dat pas na de administratieve procedure de wachttijd begint, want dan volgt de inschrijving bij de adoptiedienst. Daar moet men langere wachttijden in acht nemen, en dat maakt de hele procedure veel langer.

**De voorzitter:** De heer Dehaene heeft het woord.

**De heer Tom Dehaene:** Ik sluit mij eveneens aan bij de vorige sprekers, maar wijs erop dat sommige procedures verdragrechtelijk vastliggen. Het is normaal dat deze procedure een zekere tijd in beslag neemt.

Ik sluit me ook aan bij de bezorgdheid over de lengte van de procedure. Kunnen we op een aantal punten niet zorgen voor een verbetering vanuit Vlaanderen?

Kunnen we, naast de spreiding over de CAW's, nog andere zaken doen om nodeloze vertragingen, die niet voortvloeien uit een verdrag, weg te werken?

**De voorzitter:** Minister Vervotte heeft het woord.

**Minister Inge Vervotte:** De periode en de zwaarte van de procedure vloeien voort uit het Haags Verdrag. Dat verdrag is belangrijk, we staan er ten volle achter. Het betekent wel dat die procedures worden ingevoerd, maar we moeten erover waken dat de termijnen leefbaar blijven voor de mensen.

De eerste stap is het maatschappelijk onderzoek. Dat nam vroeger meer tijd in beslag. In overleg met de diensten hebben we die termijn verminderd. In Vlaanderen is op dat vlak al een professionalisering gebeurd. Vroeger duurde dat onderzoek vier tot vijf maanden, nu is dat maximaal twee maanden. Dat is nodig voor huisbezoeken, voor supervisie, intervisie enzovoort. Als er natuurlijk een stroom aanvragen binnenkomt, dan is dat moeilijk te realiseren binnen die termijn. Dat was ook een van de oorzaken voor de moeilijkheden in het begin, want de rechtbanken waren niet klaar. Ze wisten niet wat ze moesten doen en ze hebben gewacht. Er was een grote toestroom van dossiers waarmee de diensten werden geconfronteerd.

Een ander knelpunt is dat de tussenvonnissen van de jeugdrechters tot bevel van een maatschappelijk onderzoek meestal in groep worden afgeleverd. Niet iedereen kan natuurlijk op hetzelfde moment starten. Voor kandidaat-adoptanten is er dus een langere wachttijd ontstaan. De tussenvonnissen moeten zo snel mogelijk gebeuren in plaats van ze samen te bundelen en in pakketten af te leveren.

Er is ook een ongelijke verdeling van de dossiers over de provincies heen. In Limburg, West- en Oost-Vlaanderen zijn de wachttijden tussen twee en drie maanden, in Brussel vier maanden en in Antwerpen vijf maanden.

Maatregelen die we op korte termijn hebben genomen om de problemen op te lossen, zijn het onderzoek, de dispatching via de Vlaamse autoriteit zodat we een betere spreiding over de provincies konden verkrijgen, en de versterking van de teams. Er zal nu een overgangsbepaling komen voor 2006-2007, waardoor de CAW's een grotere basissubsidie zullen krijgen zodat ze een groter team kunnen hebben voor de behandeling van ongeveer 500 dossiers per

jaar. Dat betekent dat de diensten voor maatschappelijk onderzoek van Vlaams-Brabant, Limburg en Antwerpen volop bezig zijn met de aanwerving van nieuwe krachten.

Er is constant overleg met de federale overheid. Er is ook een opvolgingscommissie over de verdere implementatie van die regelgeving. We gaan na of de termijn van twee maanden haalbaar is.

Het openbaar ministerie heeft na de uitspraak van het vonnis van de jeugdrechter wettelijk gezien eveneens twee maanden tijd om een verslag op te stellen. Dit verslag wordt samen met het geschiktheidsvonnis naar het buitenland gestuurd. De mensen kunnen echter wel al een bemiddelingsovereenkomst ondertekenen met een erkende adoptiedienst van zodra ze over een kopie van het geschiktheidsvonnis beschikken. Ze moeten dus niet wachten op het verslag van het openbaar ministerie (OM). Over de inhoud en de vorm van het verslag van het OM werden in onderling overleg met het college van procureurs-generaal en de gemeenschappen richtlijnen opgesteld om de tijdsinvestering in het schrijven van een verslag te minimaliseren. Zo kunnen we de termijn van 2 maanden respecteren.

Er zijn geregeld coördinatievergaderingen met de federale centrale autoriteiten, de autoriteiten van de gemeenschappen, de federale overheidsdiensten van binnen- en buitenlandse zaken en de dienst Vreemdelingenzaken, waar de knelpunten met betrekking tot de nieuwe wet worden besproken. Er is ook een afvaardiging van de jeugd magistratuur aanwezig op het overleg.

Het uitblijven van een verdere regeling van de decretale bepalingen over de trefgroepen en het inzagerecht heeft alles te maken met het feit dat de definitieve aanstelling van de Vlaamse adoptieambtenaar minder vlot is verlopen dan werd verwacht. Een eerste ronde leverde geen geschikte kandidaten op. De functie en het profiel van de Vlaamse adoptieambtenaar zijn dan ook indrukwekkend.

Momenteel loopt de tweede aanwervingsronde. Daardoor is de Vlaamse Centrale Autoriteit momenteel onderbemand en moesten een aantal prioriteiten worden herschikt. Prioritair zijn de implementatie van de nieuwe federale wet en de voorbereiding van het decreet binnenlandse adoptie.

Er werd wel reeds gestart met de voorbereiding van de desbetreffende artikels over de bewaring van dos-

siers, het inzagerecht en de trefgroepen. De regeling wordt mee opgenomen in de besluitaanpassingen naar aanleiding van de uitvoering van artikel 21 van het decreet, het steunpunt Nazorg, tegen 1 januari 2007.

Inmiddels werd reeds een aanvraag tot erkenning van een trefgroep ingediend. In afwachting van een definitieve regeling zal de Vlaamse Centrale Autoriteit dan ook werken met voorlopige erkenningen.

De oprichting van het steunpunt Nazorg wordt momenteel voorbereid in een werkgroep waarin naast de Vlaamse Centrale Autoriteit alle betrokken actoren uit de sector zijn vertegenwoordigd, met name de voorbereidingscentra, de diensten voor maatschappelijk onderzoek, de binnenlandse en buitenlandse adoptiediensten alsook de Vereniging voor Kind en Adoptiegezin. De operationalisering van dit steunpunt wordt voorzien voor 1 januari 2007, zoals bepaald in het decreet.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het weigeren van vaccinaties**

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, uit een recent antwoord van minister Onkelinx blijkt dat de afgelopen jaren gemiddeld 1.700 klachten werden ingediend tegen ouders die weigeren hun kind te laten inenten tegen polio. Sinds 1967 moet ieder kind in België voor zijn achttiende levensmaand ingeënt zijn tegen polio. Ouders die hun kind niet laten inenten, kunnen worden veroordeeld tot een maand celstraf.

Nu blijkt in zeven op de tien gevallen wel dat de ouders achteraf, nadat ze hiertoe zijn aangepord, toch overgaan tot de inenting van hun kind. Het feit dat ouders die inenting in eerste instantie weigeren of het nut van die inenting betwisten, wijst erop dat ze denken dat die ziekte al jarenlang niet meer voorkomt in Europa en dat een inenting minder belangrijk is. Nochtans is dat niet het geval en is die vaccinatie tegen polio wel zeer belangrijk. Die ziekte

is namelijk nog niet uitgeroeid. Enkel een algemene vaccinatie biedt een kans op uitroeiing, maar vooral ook op een zeer grote beschermingsgraad.

Mevrouw de minister, is het niet wenselijk een sensibiliseringscampagne op te zetten om de ouders te wijzen op de voordelen van die vaccinatie en op de gevolgen van het niet tijdig vaccineren? Geeft Kind en Gezin wel voldoende uitleg aan de ouders over de noodzaak van die algemene vaccinatie tegen polio?

**De voorzitter:** De heer Tack heeft het woord.

**De heer Erik Tack:** Ik wil me aansluiten bij de vraag om uitleg van mevrouw Van der Borght. Het is evident dat een zo groot mogelijke vaccinatiegraad tegen polio van het allergrootste belang is. Ook ik zou willen weten wat u van plan bent hieraan te doen, mevrouw de minister.

**De voorzitter:** Minister Vervotte heeft het woord.

**Minister Inge Vervotte:** Vaccinatie tegen polio is tot op heden nog steeds de enige verplichte vaccinatie in België, gebaseerd op een federale regelgeving. Ook al is de Europese regio al enkele jaren poliovrij verklaard, toch is het nodig goed te blijven vaccineren omdat er toch nog polio voorkomt in Afrika en Indië.

De cijfers uit de recente studie naar de vaccinatiegraad bij jonge kinderen tonen aan dat in Vlaanderen voor alle vaccins in het basisvaccinatieschema een vaccinatiegraad van minstens 90 percent wordt gehaald voor de leeftijd van twee jaar. Voor polio is dat 93,1 percent voor de vier dosissen en 98,2 percent voor de eerste drie dosissen.

Inzake sensibilisering speelt Europa een belangrijke rol. De Wereldgezondheidsorganisatie wil in elk geval elk jaar een vaccinatieweek organiseren in Europa. We bekijken hoe we daar vanuit Vlaanderen aan kunnen meewerken en hoe we daar de nodige aandacht aan kunnen besteden.

Bij Kind en Gezin wordt volgens mij zeker voldoende uitleg gegeven aan ouders over het belang van een goede basisvaccinatie, inclusief de noodzaak van een algemene vaccinatie tegen polio. Voor kleine kinderen wordt aanbevolen om op de leeftijd van 2, 3, 4 en 15 maanden een combinatievaccin toe te dienen, waarvan het poliovaccin een component is. Voor wie enkel de verplichte vaccinatie wil of voor kinderen

waarbij tegenindicaties bestaan voor de aanbevolen vaccinatie, bestaat nog steeds de mogelijkheid om het vaccin apart toe te dienen.

Niet alleen Kind en Gezin, maar ook de administratie Gezondheidszorg en de huisartsen nemen initiatieven om mensen het nut te doen inzien van de verplichte vaccinatie maar ook van de aanbevolen vaccinaties. Er komt binnenkort een initiatief vanuit Europa waarbij we mee op de kar zullen springen. We denken dus dat een bijkomende sensibiliseringscampagne wat dat betreft niet noodzakelijk is, omdat de communicatie al op een goede manier verloopt en omdat er voldoende informatie beschikbaar is, wat ook blijkt uit de hoge vaccinatiegraad.

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. Er blijft het gegeven dat vaccinatie tegen polio enerzijds wettelijk verplicht is, terwijl we anderzijds vaststellen dat, ondanks de inspanningen die worden geleverd, een aantal mensen het blijkbaar toch vertikken om het te laten doen. Volgens de cijfergegevens van minister Onkelinx ging het dan uiteindelijk nog over 89 personen, nadat een eerste en een tweede waarschuwing waren gegeven. Zoals ik al zei, gingen de ouders in 7 op de 10 gevallen toch nog over tot vaccinatie. Uiteindelijk blijven er nog 89 personen over die worden geseind voor het misdrijf. Weten die 89 mensen dan niet waarom vaccinatie nodig is?

**Minister Inge Vervotte:** Er zijn mensen die voor vaccins zijn, en mensen die ertegen zijn. Er is ook een groep die de mensen expliciet oproept om hun kinderen niet te laten vaccineren. Ik zie soms zulke brochures liggen in natuurvoedingswinkels. Het gaat om verschillende visies, en niet om een gebrek aan informatie.

Wij baseren ons in elk geval op voldoende wetenschappelijk onderzoek om te kunnen zeggen dat vaccineren belangrijk blijft.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.



**Vraag om uitleg van de heer Tom Dehaene tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over stimuli voor oppashulp in het kader van de thuiszorg**

**De voorzitter:** De heer Dehaene heeft het woord.

**De heer Tom Dehaene:** Mijnheer de voorzitter, in de beleidsbrief van de minister voor 2006 wordt vastgesteld dat de programmatie van de diensten oppashulp niet volledig was ingevuld. Vooral in de provincies Vlaams-Brabant en Antwerpen was nog ruimte voor bijkomende initiatieven. In Vlaams-Brabant was de programmatie voor 60 percent ingevuld, in Antwerpen maar voor 44 percent. Volgens de laatste gegevens kwamen alle andere provincies aan 100 percent van de programmatie.

In 2004 bleken er bijna 900.000 uren oppas te zijn gepresteerd, waarvan het merendeel door vrijwilligers. In het totaal waren er in de verschillende oppasdiensten 3.000 vrijwilligers actief. Mevrouw de minister, u stelde dat u de mogelijkheden onderzocht om bijkomende stimulansen te geven aan de vrijwillige oppas. U wenste daarbij de louter forfaitaire subsidiëring deels te willen verlaten en een prestatiegerichte financiering uit te willen bouwen.

De meerwaarde van deze diensten is duidelijk. Ze geven mantelzorgers de kans er eens uit te stappen, al is het maar voor een paar uren. Dat is een goede ondersteuning van de mantelzorgers, die de nodige aandacht verdient.

Mevrouw de minister, hoe worden de vrijwilligers door de diensten oppashulp gerekruteerd? Is er een standaardmethode, of zijn ze daar vrij in? Wat is de stand van zaken in het onderzoek naar mogelijkheden om bijkomende stimuli te geven bij het zoeken van vrijwilligers? Werden er reeds voorbereidingen getroffen om de louter forfaitaire subsidiëring van de diensten oppashulp te vervangen door een meer prestatiegerichte financiering? Hoe wilt u de achterstand in de provincies Vlaams-Brabant en Antwerpen helpen wegwerken?

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik sluit me graag aan bij deze vraag van de heer Dehaene, want in verschillende provincies, waaronder Antwerpen, zijn er zeer grote

tekorten. Veel mensen die eigenlijk nood hebben aan thuiszorg, blijven in de kou staan.

Het is heel belangrijk stimulerende maatregelen te nemen. Ook ik heb geen pasklaar antwoord op de vraag hoe dat moet worden aangepakt. Het is in deze sector immers niet zo gemakkelijk de mensen te overtuigen. Er zijn wel vrijwilligers, die ook belangrijke inspanningen doen, maar als ik goed ben ingelicht, daalt hun aantal aanzienlijk. Het is dan ook hoog tijd om maatregelen te nemen.

**De voorzitter:** Minister Vervotte heeft het woord.

**Minister Inge Vervotte:** De meeste diensten oppashulp worden ingericht door thuiszorgorganisaties of mutualiteiten. De zoektocht naar nieuwe medewerkers of vrijwilligers wordt meestal aangekondigd via ledenbladen of publicaties of via de websites van deze organisaties. Vaak worden er gratis infomomenten en zelfs basiscursussen georganiseerd voor de geïnteresseerden. Daarbij wordt oppashulp gekaderd in het geheel van de hulp- en dienstverlening, worden er ervaringen uitgewisseld en toelichtingen gegeven bij de voornaamste aspecten van oppashulp enzovoort. Dat is eigenlijk de procedure.

Zowel in het regeerakkoord 2004-2009 als in mijn beleidsnota heb ik aangegeven meer aandacht te willen besteden aan de ondersteuning, waardering en bevordering van het vrijwilligerswerk. In het verleden daarvan wordt de stimulering en de uitbreiding van de oppashulp door vrijwilligers als een van onze prioriteiten beschouwd.

De principes voor een nieuw subsidiemechanisme dat voorziet in bijkomende stimulansen, werden in de voorbije maanden uitgewerkt. Op 3 oktober 2005 werden de principes toegelicht voor de sector en vervolgens ook verfijnd. Inmiddels werden de nodige budgetten vrijgemaakt om een aanpassing te realiseren van het besluit van 18 december 1998 dat de uitvoeringsmodaliteiten voor de diensten voor oppashulp regelt. Het ontwerp van besluit bevindt zich op dit ogenblik bij de inspecteur van Financiën.

Het voorstel tot aanpassing behelst dat de uren oppas die worden gerealiseerd door vrijwilligers, gesubsidieerd worden. Alle diensten die de norm van 5.000 uren vrijwilligeroppas halen, ontvangen dan een basissubsidie van 13.500 euro. Alle uren vrijwilligersoppas die een dienst presteert boven deze norm

van 5.000 uren, worden gesubsidieerd aan een bedrag van 1 euro per uur.

Het principe van een basissubsidie werd ingebouwd om de kleinere diensten niet te ontmoedigen. Met het voorgestelde forfait van 13.500 euro, samen met de subsidie per bijkomend uur, willen we hen stimuleren om een inhaalbeweging door te voeren en baat te halen uit het nieuwe subsidiëeringsmechanisme.

Aangezien het voorstel voorziet in een uitbreiding van het aantal uren vrijwilligersoppas die kunnen worden betoelaagd, wordt verwacht dat ook de grotere diensten nieuwe inspanningen zullen leveren en meer uren vrijwilligersoppas zullen presteren.

Het nieuwe voorstel zal in werking kunnen treden, na de goedkeuring door de Vlaamse Regering en bij een gunstige vooruitgang van dit dossier, vanaf 1 juli 2006.

Door de financiering van oppashulp aantrekkelijker te maken wordt niet alleen verwacht dat bestaande diensten meer uren zullen presteren, maar ook dat er nieuwe initiatieven zullen ontstaan. Op die manier kan ook de programmatie voor de provincie Antwerpen en Vlaams-Brabant verder worden gerealiseerd.

**De voorzitter:** De heer Dehaene heeft het woord.

**De heer Tom Dehaene:** Mevrouw de minister, vanaf 5.000 uren komt er dus 1 euro per uur bij, en onder de 5.000 uren is er sowieso een forfait.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Else De Wachter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het op de markt brengen van alcoholhoudende verleidingsproducten voor kinderen**

**De voorzitter:** Mevrouw De Wachter heeft het woord.

**Mevrouw Else De Wachter:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de Vlaamse overheid en de andere overheden doen heel wat moeite inzake preventie in hun strijd tegen alcoholisme, zowel bij jongeren als bij volwassenen. Het aantal jongeren dat met dergelijke problemen wordt geconfronteerd, stijgt zienderogen.

Ook de lokale overheden dragen hun steentje bij aan het preventiebeleid. Tijdens fuiven hebben we jongeren uit de laatste leerjaren destijds bewust proberen maken van de problematiek van de alcopops. In samenspraak met de VAD hebben we mooie resultaten geboekt.

Een aantal weken geleden las ik echter een verontrendend artikel in de krant. Een ijsfabrikant wil deze zomer de zogenaamde 'chiller' op de markt brengen. Dat is een ijslolly op basis van vodka of rum, een bevroren versie eigenlijk van de voormalige alcopops. De chiller heeft een alcoholpercentage van 4,8 procent. Van een dergelijk percentage alcohol in het bloed word je misschien niet snel dronken, maar we weten wel wat de gevolgen kunnen zijn als zeer jonge mensen in contact komen met dergelijke producten.

De ijsfabrikant zegt zich met deze producten tot jongvolwassenen, 18- tot 25-jarigen, te richten. De vraag is echter hoe dit gecontroleerd kan worden, bijvoorbeeld in nachtwinkels of andere winkels waar de lolly's gewoon in de rekken zullen liggen.

Mevrouw de minister, hoe kunnen het op de markt brengen van een alcoholhoudende ijslolly waarvan men weet dat hij ook jongeren onder de 18 jaar zal bereiken en het preventiebeleid van de Vlaamse overheid in haar strijd tegen het alcoholisme met elkaar worden verzoend? Welke maatregelen zult u nemen om het ontradend effect van dit product te benadrukken? Is er al overleg geweest over deze problematiek met de federale minister van Consumentenzaken? Zo ja, wat zijn de resultaten daar dan van? Zo neen, bent u bereid dit nog te doen?

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Ik deel de zorg van mevrouw De Wachter. De problematiek van het gebruik van alcohol bij jongeren en kinderen wordt steeds groter. Ik heb dan ook de nodige vragen bij het op de markt brengen van een ijsje op basis van alcohol. Steeds meer jongeren drinken alcoholhoudende dranken zoals de fameuze breezers die ze zomaar in de supermarkt en nachtwinkel kunnen kopen. Ik heb eens zo'n breezer geproefd. Die was heel zoet, en je proeft natuurlijk geen alcohol.

Mijn brouwer zorgt regelmatig voor de bevoorradings van fuiven, en het is onrustwekkend wat die man aflevert aan alcoholhoudende dranken voor fuiven die doorgaans zijn gericht op een doelgroep van min-18-jarigen. Ik denk dat er maar weinig jongeren

ouder dan 18 jaar zijn die naar dat soort ontspanningsgelegenheden gaan. Het is heel belangrijk om hier verhoogde aandacht aan te besteden en om de preventie op te drijven, misschien in samenwerking met uw collega van Onderwijs.

Ik beklemtoon uitdrukkelijk dat de ouders een heel belangrijke verantwoordelijkheid dragen, want dit wordt al te vaak vergeten of niet voldoende benadrukt.

**De voorzitter:** Mevrouw Merckx heeft het woord.

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dit is een boeiende kwestie. Natuurlijk zullen er altijd nieuwe dingen worden uitgevonden, en telkens weer vragen we ons af hoe we moeten reageren. Moeten we iets verbieden? Moet de verkoop worden geregeld? Hoe moeten we alles opvolgen? Vaak heeft een verbod een averechts effect en raakt de jongere daardoor net geïnteresseerd in het product. Voor de betrokken firma's betekent dat bovendien een goede reclame.

De problematiek loopt nogal gelijk met die van de alcoholpops. Wat is de laatste stand van zaken daarvan? Ook over de alcoholpops werd over en weer gediscussieerd tussen de federale overheid, de Vlaamse overheid en de gemeenten. Sommige gemeenten hebben terzake reglementen uitgewerkt. Welke ervaringen werden opgedaan? Wat is de slotsom?

Het is natuurlijk belangrijk dat een en ander op elkaar wordt afgestemd. Hebt u al overleg gepleegd met de federale minister van Consumentenzaken of met de federale minister van Volksgezondheid? Er bestaat ook een Cel Gezondheid. Is dat de geschikte plaats om dit probleem te agenderen zonder dat het de voorpagina's van de kranten moet halen?

Moeten we het probleem voorleggen aan de experts op Vlaams niveau inzake drugs en alcohol, zoals de VAD of het VIG? Die mensen hebben contacten met de intermediairen. Is voor hen een taak weggelegd? Of is het een beetje voorbarig om dit als een probleem te beschouwen, en moeten we ervoor zorgen dat de zaak niet nog meer wordt opgeklopt?

**De voorzitter:** Minister Vervotte heeft het woord.

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, dames en heren, als we een Vlaams alcoholbeleid wil-

len voeren, gaat dat om meer dan om het bestrijden van alcoholisme alleen. Het is belangrijk om dat te benadrukken. Bij een alcoholbeleid wordt heel veel aandacht besteed aan het bestrijden van alcoholisme, maar uiteraard gaat het om veel meer. Verslavingen veroorzaken heel wat schade op individueel, sociaal en maatschappelijk niveau, maar ook heel wat gezondheidsproblemen zijn een gevolg van een drugs- of alcoholverslaving.

Alcohol is bovendien niet alleen schadelijk voor de gebruiker zelf, maar ook voor derden. Denken we maar aan het alcoholgebruik tijdens de zwangerschap of aan kinderen van ouders met alcoholproblemen. De maatschappelijke kosten van alcoholgebruik en -misbruik in België lopen jaarlijks op tot 1,45 miljard euro. Dat is een heel hoog bedrag. We willen dus vooral de aandacht vestigen op het brede spectrum van alcoholgerelateerde problemen, en dus ook op gezondheidsproblemen.

De alcoholhoudende ijslolly's worden verkocht door een kleinschalige ijsproducent, en er is nog geen sprake van verspreiding op grote schaal. We kunnen nu nog niet stellen dat deze producten een bedreiging zullen vormen voor de Vlaamse jongeren, maar het is duidelijk dat de kwestie moet worden opgevolgd.

Ik ben het ermee eens dat het op de markt brengen en de marketing van dergelijke alcoholische producten een bedreiging kunnen vormen voor minderjarige jongeren. De marketingmensen weten immers heel goed dat jongeren sterker beïnvloedbaar zijn door reclame dan mensen uit oudere leeftijdsgroepen. U merkt terecht op dat het risico op problemen stijgt als men op vroegere leeftijd begint met het drinken van alcohol. Een van de lijnen waarop we ons in het preventiebeleid steeds richten, is het zoveel mogelijk uitstellen van het eerste gebruik. Als er producten worden gemaakt die aangenamer zijn voor de jongeren, verhoogt het risico natuurlijk. De producten moeten dus zeker en vast in het oog worden gehouden.

De bedreiging door alcoholische limonades en ijslolly's wordt bekeken binnen de algemene dreiging door marketingstrategieën van de alcoholindustrie gericht op jongeren. In het verleden is al gebleken dat alcoholproducenten hun producten aan de man trachten te brengen bij de minderjarige bevolking. Ik ben ervan overtuigd dat reclame voor alcohol wettelijk moet worden ingeperkt. Dit is tot op heden onvoldoende gebeurd.

Volgens ons en volgens de experts van de VAD en anderen ligt het probleem niet enkel op het vlak van het inperken van reclame, maar ook op het vlak van de wetgeving inzake de verkoop aan minderjarigen, want die moet duidelijker worden. Bovendien moet de controle op de wetgeving sterk worden doorgevoerd.

Op dit moment is het niet duidelijk in welke mate het product een gevaar zal betekenen voor de Vlaamse jeugd. Indien nu wordt gestart met een grootschalige preventieve actie tegen chillers, bestaat volgens de experts wel het gevaar dat het product meer aandacht zal krijgen en meer aan bekendheid zal winnen dan anders het geval zou zijn. Dat is een van de redenen voor onze afwachtende houding. Het gaat immers nog over een kleinschalige verkoop. Wel nemen we het op in onze algemene ontrading van alcoholpops en dergelijke en we plaatsen het in de algemene dreiging door marketingstrategieën.

Het product valt dus onder het hoofdstukje inzake de ontrading van de alcoholpops. U weet dat we samenwerken met de VAD. Die vereniging bracht onlangs een rapport uit over 'alcoholpops en andere trendy drankjes'. Het geeft een stand van zaken over de mixdrankjes en de wettelijke aspecten ervan. Alcoholpops worden gedefinieerd als sterkedrank, en de verkoop ervan aan minderjarigen is dus verboden. Het is duidelijk dat de controle van de wetgeving ruim onvoldoende is. Zoals u weet, valt die onder de bevoegdheid van federaal minister Demotte. Hij heeft dit trouwens bevestigd op 9 mei in zijn antwoord op de vragen van Karine Jiroflée en Hilde Dierickx in het federale parlement.

We werken aan een gezondheidsconferentie op 23 en 30 november 2006. We zullen vooral aandacht besteden aan effectieve preventiestrategieën, en we zullen die koppelen aan een aantal doelgroepen en risicogroepen. De besproken elementen zullen zeker duidelijk aan bod komen tijdens de conferentie. Het is de bedoeling om een bredere invulling van het alcoholbeleid te verkrijgen, een beleid dat niet alleen gericht is op de preventie, maar ook op de andere aspecten die ik heb vermeld. Zoals u weet groeit de kennis op het terrein. Sociale vaardigheden en hulpbronnen vormen belangrijke aspecten bij verslavingsproblematieken. We moeten vooral aan deze aspecten werken. Preventie en interventie hangen daarbij samen.

Tijdens het proces van de gezondheidsconferentie worden strategieën geselecteerd die effectief zijn en

waarvoor een voldoende groot draagvlak bestaat. In elk geval is het uitstellen van de beginleeftijd voor alcoholgebruik een van onze doelstellingen. Tijdens de conferentie zal het debat over deze producten en de marketingstrategieën vast en zeker aan bod komen.

Er werd nog geen overleg gepleegd met de federale minister van Consumentenzaken over dit onderwerp. Het is wel zo dat in 2005 de problematiek inzake de wetgeving en de controle van de verkoop van alcoholische dranken aan minderjarigen werd aangekaart op de vergadering van de Cel Gezondheidsbeleid/drugs. Daarbij werd beslist om dit punt op te nemen in het nationaal alcoholactieplan dat wordt uitgewerkt door die cel. Het actieplan zal worden voorgesteld tijdens de interministeriële conferentie van december 2006. We zullen het belang van een duidelijke wetgeving en een duidelijke controle op de reclame voor en de verkoop van alcohol aan minderjarigen uiteraard blijven benadrukken vanuit Vlaanderen.

Indien de algemene Cel Drugs in werking zou treden, dan zullen de bevoegde ministers daarbij aanwezig zijn en kan het probleem heel duidelijk en onmiddellijk aan bod komen tijdens de overlegmomenten en kan de minister van Consumentenzaken haar aanwezigheid verstevigen.

**De voorzitter:** Mevrouw De Wachter heeft het woord.

**Mevrouw Else De Wachter:** Ik wil de minister bedanken voor haar antwoord. Het is uiteraard belangrijk aan een algemeen ontradend effect te werken. Ik wil hier zeker niet voorbarig zijn of paniekerig overkomen, we moeten dit gewoon in het oog houden. Indien in verband met dit product problemen rijzen, moeten we kort op de bal kunnen spelen.

De megaprojecten hebben destijds veel succes gehad. Zoals daarnet al is verklaard, is voor de scholen een grote verantwoordelijkheid weggelegd. Het is belangrijk dat we een goede samenwerking met de scholen tot stand kunnen brengen. Het gaat hier evenwel om ijslolly's. De bekendheid en de verkoop van dit product zullen tijdens de schoolvakantie toenemen. Tijdens de vakantiemaanden kunnen we evenwel geen beroep op de scholen doen.

**De voorzitter:** Minister Vervotte heeft het woord.

**Minister Inge Vervotte:** Mevrouw De Wachter verwijst terecht naar de scholen. We mogen evenwel niet uit het oog verliezen dat de scholen slechts één van onze partners zijn. In de gegeven omstandigheden zullen we het hele netwerk van partners in het preventiebeleid moeten inschakelen.

We moeten een goede informatiedoorstroming mogelijk maken. Onze partners moeten de juiste informatie ter beschikking kunnen stellen. We moeten hen in staat stellen te handelen.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

**Vraag om uitleg van mevrouw Margriet Hermans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een prioriteitenregel voor het toekennen van een persoonlijke-assistentiebudget (PAB) aan mensen met een snel degeneratieve aandoening**

**Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een prioriteitenregel voor het toekennen van een persoonlijke-assistentiebudget (PAB) aan mensen met een snel degeneratieve aandoening**

**De voorzitter:** Mevrouw Hermans heeft het woord.

**Mevrouw Margriet Hermans:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik ga ervan uit dat we deze problematiek allemaal kennen. De minister wordt momenteel door patiënten met een snel degeneratieve aandoening benaderd. De aandoening van deze mensen vordert zo snel dat ze weinig kansen hebben om alleen thuis te blijven wonen. Voor hun naaste omgeving en voor hun familie wordt dit al gauw een zware belasting. Er staat al deze patiënten een grote lijdensweg te wachten.

Ik wil even een paar voorbeelden van snel degeneratieve aandoeningen geven. Het gaat steeds om aandoeningen met een progressief ziektepatroon. Multiple sclerose en ALS, amyotrofische laterale sclerose, zijn degeneratieve aandoeningen van het zenuwstelsel en leiden tot een progressieve vermindering van de spierkracht. Deze ziektes zijn snel, progressief en helaas fataal. Na verloop van tijd wordt

de patiënt bed- en rolstoelgebonden. De gemiddelde ziekteduur is ongeveer drie jaar.

Ten gevolge van hun ziekte worden de patiënten al snel afhankelijk van derden. Ze kunnen niet langer op hun eentje overleven of blijven wonen. Indien ze een beroep op opvangcentra of verzorgingsinstellingen doen, komen ze vaak op wachtlijsten terecht. Het duurt vaak heel lang voor ze aan bod komen. Ondertussen moet hun familie hen opvangen. Door de specificiteit van de zorg kan hun familie hen vaak niet helpen. Dit geldt overigens ook voor veel zorgvoorzieningen: niet alle instellingen beschikken over de nodige apparatuur of expertise. Veel ALS-patiënten moeten vroeg of laat kunstmatig worden beademd. Als de patiënt dit stadium heeft bereikt, is hij op permanente assistentie aangewezen.

Het opzetten van een spoedprocedure om mensen met een snel degeneratieve aandoening een persoonlijke-assistentiebudget toe te kennen, lijkt me noodzakelijk. Ik veronderstel dat we het er allemaal over eens kunnen zijn dat dit hun levenskwaliteit aanzienlijk zou verbeteren.

– *Mevrouw Vera Van der Borgh, ondervoorzitter, treedt als voorzitter op.*

Mevrouw de minister, de ALS-patiënten en hun entourage hebben u aangeschreven met de vraag of het mogelijk is een prioriteitenregel voor de toekenning van het persoonlijke-assistentiebudget in te voeren. Voor veel mensen met een snel degeneratieve aandoening is de kans reëel dat ze op het ogenblik dat ze voor een persoonlijke-assistentiebudget in aanmerking zullen komen, reeds overleden zullen zijn. Er wordt momenteel geen voorrang gegeven aan mensen met een dergelijke aandoening. U hebt dit schrijven beantwoord met de mededeling dat u de situatie momenteel onderzoekt.

Hoe ver staat het met het onderzoek naar de mogelijke invoering van een voorrangregel? Wat zijn de resultaten van dit onderzoek? Kan een snel progressieve aandoening zoals MS of ALS als een prioriteit in de toekenningsregels voor een persoonlijke-assistentiebudget worden ingeschreven? Wilt u de wachtlijsten louter chronologisch blijven afwerken? Beschikt u over statistische gegevens waaruit de budgettaire impact van een snelle toekenning van een persoonlijke-assistentiebudget aan dergelijke patiënten op het totale PAB-budget blijkt? Kunt u dit verder toelichten?

**De voorzitter:** De heer Caron heeft het woord.

**De heer Bart Caron:** Mevrouw de voorzitter, ik sluit me volmondig aan bij de uiteenzetting en bij de vragen van mevrouw Hermans. Ik heb gisteren het nieuwe centrale registratiesysteem voor zorgvragen op internet bekeken. Ik had helaas niet voldoende tijd om alles grondig door te nemen. Uit mijn diagonale lezing heb ik enkel kunnen afleiden dat er geen verband met de vragen van mevrouw Hermans is. Ik heb enkel wat cijfergegevens over het persoonlijke-assistentiebudget gevonden.

Aangezien ik bezorgd ben om de inzet van de PAB-middelen, wil ik de vraag om uitleg van mevrouw Hermans onderschrijven. Het gaat slechts om een kleine groep mensen. Voor hen is het uitstellen van de invoering van een prioriteitsregel bijzonder lastig. Het gaat hier immers om snel degeneratieve aandoeningen. Om louter humane redenen moeten we overwegen om snel een beslissing te nemen. We moeten de beschikbare middelen snel inzetten om deze mensen te helpen.

Mevrouw de minister, een aantal mensen hebben u persoonlijk aangeschreven. Ik vraag me af hoe u daar als beleidsverantwoordelijke mee omgaat. Mij lijkt het alvast een lastige aangelegenheid. Hoe ver staat het onderzoek? Is de relatie tussen snel degeneratieve ziektes en gehandicaptenzorg en hulpverlening in het verleden al onderzocht? Deze thematiek heeft natuurlijk een plaats in het geheel van de gezondheidszorg. Is deze relatie al onderzocht? Kunnen patiënten in dergelijke situaties, bijvoorbeeld, in de residentiële zorg worden opgevangen?

**De voorzitter:** De heer Dehaene heeft het woord.

**De heer Tom Dehaene:** Mevrouw de voorzitter, ik wil me graag bij de vorige sprekers aansluiten. Ik heb al eerder de nodige aandacht gevraagd voor de speciale behandeling van het persoonlijke-assistentiebudget voor ALS-patiënten.

Een aantal maanden geleden heb ik die mensen bezocht. Ik heb toen een gelijkaardige vraag gekregen. Het systeem om hulpmiddelen snel in te zetten en snel bij de juiste mensen te bezorgen, is een voorbeeld voor velen. Dit is echter niet het onderwerp van de huidige discussie.

Ik pleit voor de nodige voorzichtigheid. Het is belangrijk dat we dit probleem erkennen. We moe-

ten evenwel voor een duidelijke afbakening zorgen. We mogen niet riskeren dat elke groep die kan worden afgelijnd een gelijkaardige vraag stelt. Hoe kunnen we deze groep duidelijk omschrijven? Ik kan me immers inbeelden dat we, naast de ALS-patiënten, ook andere groepen in overweging kunnen nemen.

ALS en aanverwante ziektes evolueren zo snel dat het voor de patiënten frustrerend is gewoonweg bij het Vlaams Fonds te moeten aanschuiven.

– *De heer Luc Martens, voorzitter, treedt opnieuw als voorzitter op.*

De manier waarop hulpmiddelen ter beschikking van patiënten worden gesteld, toont aan dat ze het Vlaams Fonds en de hele maatschappij een enorme kostenbesparing kunnen opleveren. Indien ze over een aantal persoonlijke-assistentiebudgetten kunnen beschikken of indien dergelijke budgetten voor hen zouden worden vrijgehouden, zou dit voor de verzorging van ALS-patiënten allicht een enorme meerwaarde betekenen.

**De voorzitter:** Minister Vervotte heeft het woord.

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, iedereen weet dat ik me bijzonder betrokken voel bij deze problematiek. Ik heb deze bezorgdheid ook in mijn beleidsnota opgenomen.

We moeten steeds zoeken op welke manier we de budgetten kunnen toekennen waar de noden het hoogst zijn. Dit is trouwens wat we in onze oefeningen constant proberen. We kennen de PAB's dus niet enkel en alleen toe op basis van de chronologie, we zoeken ook naar een aantal criteria om de hoogste noden zo goed mogelijk te lenigen. Dan komt natuurlijk alles wat te maken heeft met degeneratieve ziekten heel duidelijk in beeld.

We onderzoeken inderdaad de mogelijkheid van het instellen van een spoedprocedure voor het toekennen van een PAB aan personen met een snel degeneratieve aandoening. Samen met de artsen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap hebben we een mogelijke afbakening gemaakt van de groep van personen met een snel degeneratieve aandoening. Dit voorstel wordt momenteel getoetst met de Vlaamse Vereniging voor Neurologie. Met de Vlaamse neurologen wil ik twee zaken bespreken: enerzijds een nauwkeurige afbakening, maar ook een formalisering van de doelgroep, ander-

zijds de attestering en het bepalen van procedures voor de snelprocedure.

Tot nu toe kon geen enkel statistisch onderzoek plaatsvinden op basis van ons voorstel. Het gaat dus niet over definitieve cijfers. De prioriteit van de PAB-aanvragers wordt bepaald door rekening te houden met de beperking in zelfredzaamheid, op basis van de toekenning van een integratietegemoetkoming. Op basis hiervan blijkt uit een eerste onderzoek dat slechts een minderheid van de geraamde vijftig personen met een snel degeneratieve aandoening op de PAB-wachtlijst in aanmerking zou kunnen komen voor een PAB-snelprocedure. Ik wil dit echter meteen nuanceren: het snel degeneratieve karakter van deze aandoening maakt natuurlijk dat, al bij de inschaling bij de sociale zekerheid, de weergave van de werkelijke beperkingen van deze personen gedateerd zal zijn. In dat opzicht kunnen we dat dus niet correct inschatten.

Ervan uitgaand dat deze personen toch een zware zorgbehoefte hebben, en dus ook een grote nood aan assistentie, denken we dus dat meestal het hoogst mogelijke budget zal moeten worden toegekend. Indien alle vijftig PAB-aanvragers met een dergelijke aandoening een budget krijgen, dan komt dit neer op een kostprijs van 1,6 miljoen euro. In welke mate de snelle toekenning van een PAB voor deze doelgroep haalbaar is, zal afhangen van drie factoren: de mogelijkheid om de doelgroep strikt af te bakenen, in verband waarmee nu dus een voorstel voorligt bij de neurologen, het uittekenen van een snelle en kwaliteitsvolle procedure, en de budgetten die dit mogelijk moeten maken. Die drie elementen worden momenteel onderzocht.

**De voorzitter:** Mevrouw Hermans heeft het woord.

**Mevrouw Margriet Hermans:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik begrijp dat u daar rekening mee moet houden bij het opmaken van uw begroting. Kunt u al iets meer zeggen over de timing? Ik wil u niet het mes op de keel zetten. Dit wordt voorgelegd aan de neurologen, om de doelgroep af te bakenen. Dat is terecht, maar ik zou graag hebben dat u een tip van de sluier licht wat de timing betreft. Is dat een kwestie van weken, maanden of jaren?

**Minister Inge Vervotte:** Het is natuurlijk moeilijk om daar heel concreet over te zijn. Het moeilijkste punt is die doelgroepafbakening. Er zijn natuurlijk ook de budgettaire gevolgen, maar dat geldt in het algemeen

in ons uitbreidingsbeleid. We hebben immers gezegd rekening te willen houden met poolsystemen om een oplossing te zoeken voor een aantal mensen. Het budget is één element, maar dat geldt ook voor alle andere PAB-aanvragers.

Nog moeilijker dan het afbakenen van de doelgroep, is het uittekenen van een snelle en kwaliteitsvolle procedure. We hebben dit opgestart en hopen dat dit alles nog in 2006 zal kunnen. Voor het huidige uitbreidingsbeleid is dit niet realiseerbaar, maar we hopen wel stappen te kunnen zetten in het volgende uitbreidingsbeleid.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

---

